Kneipp-Bund e.V.

Bundesverband für

Gesundheitsförderung und

Prävention

Abteilung Qualitätssicherung

Adolf-Scholz-Allee 6-8

86825 Bad Wörishofen

Telefon 08247 3002-136 oder -183

qualitaetssicherung@kneippbund.de

Prävention

Prävention

Prävention

Prävention

Prävention

Bundesverband für

Gesundheitsförderung und

Prävention

Abteilung Qualitätssicherung

Adolf-Scholz-Allee 6-8

86825 Bad Wörishofen

Bundesverband für

Gesundheitsförderung und

Prävention

Abteilung Qualitätssicherung

Adolf-Scholz-Allee 6-8

86825 Bad Wörishofen



# Selbstauskunft

über die Einhaltung der Richtlinien

**VOM KNEIPP-BUND E.V.**

**ANERKANNTE**

**KINDERTAGESEINRICHTUNG**



# Allgemeines

## Daten der Einrichtung

**Name der Einrichtung**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Leitung**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ansprechpartner/-in für   
das Kneipp-Konzept**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Straße**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**PLZ / Ort**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Davon anders lautende Rechnungsanschrift**:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bundesland**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Telefon**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**E-Mail**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Internet**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Träger der Einrichtung  
(mit Anschrift)**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mitglied im   
Kneipp-Verein / Ort:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Gütesiegel** **seit:**  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Allgemeines:

**Pädagogische Fachkräfte** (Anzahl): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Gruppenanzahl:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Kinderanzahl:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Einrichtungsqualität

## Kneipp-Grundausstattung:

Möglichkeit zur Verabreichung von Güssen  ja  nein

Wo befindet sich die Gießmöglichkeit?  Innenbereich  Außenbereich

Kunststoffroste  ja  nein

Anzahl der Fußbadewannen:

Anzahl der Armbadewannen:

Badethermometer  ja  nein

Kurzzeitmesser  ja  nein

Möglichkeiten zum Taulaufen und Wassertreten in   
der Einrichtung oder in naher Umgebung  ja  nein

**Beschreibung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Mit welchen (weiteren) Hilfsmitteln arbeiten Sie im Bereich Wasseranwendungen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Sauna  ja  nein

Saunanutzung in benachbarten Einrichtungen  ja  nein

Barfußpfad  ja  nein

Kräutergarten/-beet, Hausgarten, Duftgarten  ja  nein

Ist eine Küche für das Zubereiten von Mahlzeiten   
mit den Kindern vorhanden?  ja  nein

Nichtrauchergebot in allen Räumen und auf dem Gelände  ja  nein

# Angebotsqualität

**Wie werden die Inhalte der Fortbildungen im Team weitergegeben, in welchem Zeitrahmen?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wie werden neue Mitarbeiter/-innen an das Konzept herangeführt?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Beschreiben Sie die Umsetzung der fünf kneippschen Elemente im Alltag Ihrer Einrichtung:

**Lebensordnung** / **Seelisches Wohlbefinden:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Bewegung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ernährung:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Heilpflanzen und Kräuter:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wasser / Natürliche Reize:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Durchführungsqualität

Für die Rezertifizierung erbringen ausgebildete Kneipp-Fachkräfte einen Nachweis fachbezogener Fortbildungen an der Sebastian-Kneipp-Akademie (oder nach vorheriger Genehmigung durch den Kneipp-Bund e.V. bei anderen autorisierten Anbietern) von insgesamt 4 LE (Lerneinheit à 45 Min.) jährlich oder 8 LE im 2-Jahres-Rhythmus.

**Bitte in die Übersicht auf der letzten Seite eintragen.**

Teilnahmebescheinigungen der Weiterbildungen (in Kopie) liegen bei

oder

*Teilnahmebescheinigungen werden bis zum*  *nachgereicht.*

# Zusammenarbeit, Kooperationen

**Wie dokumentieren Sie Ihre Konzeption?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# 

# Anmerkungen und Wünsche an den Kneipp-Bund e.V.:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und bin mir bewusst, dass falsche Angaben zur Aberkennung des Gütesiegels führen können.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Ort, Datum**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Name**

# Anhang

Fortbildungsnachweise in Kopie

**Sonstiges:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Aktuelle Übersicht der Fortbildungen der **pädagogischen Mitarbeiter/-innen**

**Datum**:       **Name der Einrichtung**: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name | Kneipp-Gesundheits-erzieher/-in SKA seit | Aktuelle Kneipp spezifische Fortbildungen (der letzten 2 Jahre) *Bitte Nachweise in Kopie beilegen!* |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name | Kneipp-Gesundheits-erzieher/-in SKA seit | Aktuelle Kneipp spezifische Fortbildungen (der letzten 2 Jahre) *Bitte Nachweise in Kopie beilegen!* |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |